

PROGRAMA DE DESCUENTO TELEFÓNICO "LIFELINE"

(Sólo para clientes de Qwest)



El Programa de Descuento Telefónico "LIFELINE" establecido por la Comisión de Comunicaciones Federal y adoptado por la Comisión de Corporaciones de Arizona ahora está disponible en Arizona. El Programa "LIFELINE" ofrece un descuento mensual de \$7.75 en su cuenta telefónica.

La Administración de Servicios a la Comunidad del Departamento de Seguro Económico de Arizona (DES-CSA) administrará los programas LIFELINE y LINK-UP para clientes de QWEST solamente. Los solicitantes tienen que ser beneficiarios de AHCCCS, Estampillas para Comida, Ingresos de Seguro Suplemental o Vivienda Pública Federal, o haber recibido Asistencia con Energía Eléctrica para Hogares de Pocos Ingresos durante el último año.

Si usted solicita y CSA le determina elegible, su nombre será suministrado a QWEST, que aplicará el descuento a su cuenta de teléfono.

Si en su hogar actualmente no hay teléfono y usted califica para LIFELINE, es posible que usted califique para el programa LINK-UP, que ofrece un descuento para la instalación de un teléfono.

Si tiene preguntas sobre cómo llenar el formulario, comuníquese con CSA al 602 542-6600 o al 1-800-582-5706.

Si cambia su domicilio o teléfono, usted tiene que avisarlo a la Administración de Servicios a la Comunidad al 1-800-582-5706.

Si tiene preguntas acerca de otros programas de servicios sociales, llame a la Oficina para Información y Recursos.

Phoenix: (602) 263-8856
 Centro/Norte de Arizona: 1-800-352-3792
 Tucson: (520) 881-1794
 Sur de Arizona: 1-800-362-3474

POR FAVOR PERMITA ENTRE 30-45 DÍAS PARA TRAMITAR SU SOLICITUD.

PROGRAMA DE DESCUENTO TELEFÓNICO "LIFELINE" SOLO PARA CLIENTES DE QWEST

Si Ud. actualmente recibe descuento del Programa de Descuento Telefónico para Personas Mayores (STDP) o el Programa de Asistencia Telefónica (TAP), usted no es elegible para solicitar al programa "LIFELINE".

Actualmente, ¿tiene servicio telefónico en su hogar? No Sí

Actualmente, ¿su hogar participa y recibe beneficios de alguno de estos programas?

- | | | | |
|---|---|---------------------|------------------------------|
| 1. AHCCCS (Medicaid) | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | <i>Núm. de caso</i> | <i>Fecha de elegibilidad</i> |
| 2. Estampillas para Comida | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | <i>Núm. de caso</i> | <i>Fecha de elegibilidad</i> |
| 3. Ingreso de Seguro Suplemental (SSI) | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | <i>Núm. de caso</i> | <i>Fecha de elegibilidad</i> |
| 4. Vivienda Pública Federal | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | _____ | _____ |
| | | <i>Núm. de caso</i> | <i>Fecha de elegibilidad</i> |
| 5. Su hogar, ¿ha solicitado y recibido beneficios del Programa de Asistencia con Energía Eléctrica para asistencia con los servicios públicos durante el último año? (LIHEAP no es un programa de descuento mensual) (Verificado por CSA) | No <input type="checkbox"/> Sí <input type="checkbox"/> | | |

(FAVOR DE ESCRIBIR EN LETRA DE MOLDE Y USAR TINTA AZUL O NEGRA)
Cualquier dato incompleto va a demorar su solicitud

NOMBRE DEL SOLICITANTE <i>(Apellido, nombre de pila, inicial)</i> TIENE QUE SER EL MISMO NOMBRE QUE EN LA CUENTA TELEFONICA		
NUM. SEG. SOC. DEL SOLICITANTE	FECHA DE NACIMIENTO DEL SOLICITANTE <i>(Mes/día/año)</i>	TELEFONO DEL HOGAR PARA EL DESCUENTO
DOMICILIO POSTAL DEL SOLICITANTE <i>(Núm., calle/apartamento postal, ciudad, estado, ZIP)</i> TIENE QUE SER EL MISMO NOMBRE QUE EN LA CUENTA TELEFONICA		
DOMICILIO RESIDENCIAL <i>(Si es diferente al postal)</i> DONDE ESTA ESTABLECIDO EL SERVICIO		

Certifico bajo pena de perjurio que recibo beneficios del programa marcado arriba y me comprometo a avisar a la Administración de Servicios a la Comunidad cuando termine mi participación o ya no reciba tales beneficios. También autorizo al Departamento de Seguro Económico y/o agencias representantes a comunicarse con cualesquiera fuentes necesarias para establecer la exactitud de los datos que he suministrado. Si CSA me encuentra elegible, autorizo la entrega de mi nombre, número de seguro social, domicilio y número de teléfono a la compañía telefónica con el propósito de que aplique el descuento a mi cuenta de teléfono.

Firma del solicitante (Tiene que ser el mismo nombre que en la cuenta telefónica) _____
Fecha

Empleador/Programa con Igualdad de Oportunidades

Bajo la Ley de Estadounidenses con Incapacidades, el Departamento tiene que hacer arreglos razonables para permitir a una persona con alguna incapacidad participar en un programa, servicio o actividad. Esto significa, por ejemplo, que si es necesario el Departamento habrá de proporcionar intérpretes de lenguaje en señas para personas sordas, un establecimiento accesible para sillas de ruedas, o materiales con letras grandes. También significa que el Departamento tomará cualquier otra medida razonable que le permita a usted entender y participar en un programa o una actividad, incluso efectuar cambios razonables en la actividad. Si usted cree que su incapacidad le impedirá entender o participar en un programa o actividad, por favor infórmenos lo antes posible que necesita para acomodar su incapacidad. Favor de llamar al (602) 542-6600.

DES Departamento de Seguro Económico de Arizona
 Servicio de Calidad, Organización Eficiente,
 Clientela Autosuficiente
 DEPARTAMENTO DE SEGURO ECONOMICO DE ARIZONA
 Administración de Servicios a la Comunidad
 CSA-1004APAMS (04-03) / FAA PST (07-03)

MAIL THIS APPLICATION TO:
 ARIZONA DEPARTMENT OF ECONOMIC SECURITY
 LIFELINE TELEPHONE DISCOUNT PROGRAM - 0862
 PO BOX 6123
 PHOENIX AZ 85005-6123